

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 43

Contribution à l'étude de l'érythrodermie leucémique

.....|.....

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 1^{er} Juillet 1948

PAR

JACQUES PÉRICH

INTERNE DES HOPITAUX DE PERPIGNAN

né à Villeneuve-de-la-Raho (Pyr.-Or.), le 1^{er} Mai 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM. MARGAROT, Professeur, *Président.*

RIMBAUD P., Professeur

PASSOUANT, Agrégé

COLL DE CARRERA, Agr. libre

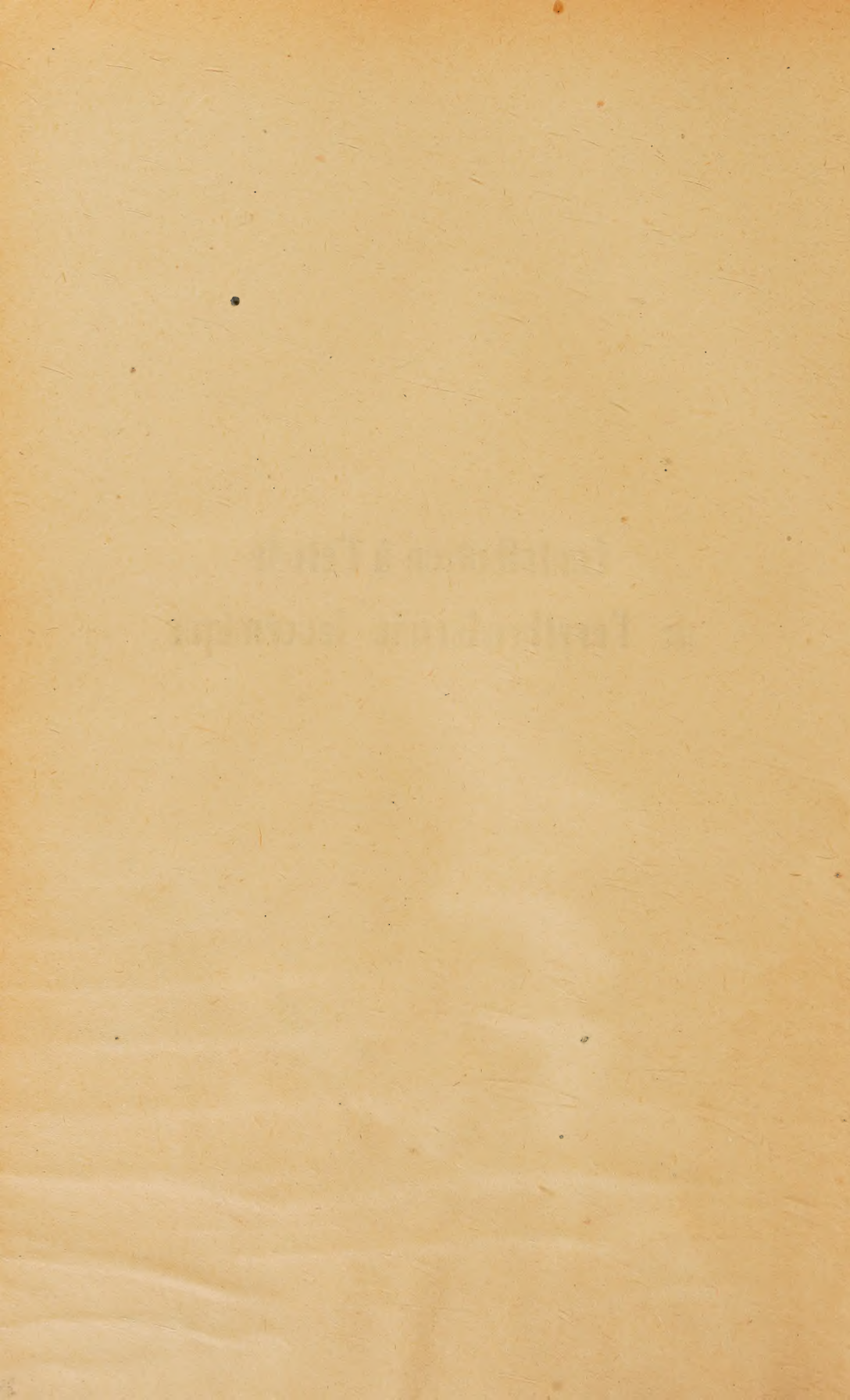
Assesseurs

C É R E T

IMPRIMERIE DU VALLESPIN

1948

**Contribution à l'étude
de l'érythrodermie leucémique**



UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 43

Contribution à l'étude de l'érythrodermie leucémique

.....|.....

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 1^{er} Juillet 1948

PAR

JACQUES PÉRICH

INTERNE DES HOPITAUX DE PERPIGNAN

né à Villeneuve-de-la-Raho (Pyr.-Or.), le 1^{er} Mai 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM. MARGAROT, Professeur, *Président.*

RIMBAUD P., Professeur

PASSOUANT, Agrégé

COLLE CARRERA, Agr. libre

Assesseurs

C É R E T
IMPRIMERIE DU VALLESPER

1948

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Chaires :

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI, <i>assesseur</i>
Physiologie	HEDON
Chimie biologique médicale et toxicologie	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique et médecine expérimentale	BAUMEL
Microbiologie	CARRÈRE
Histoire naturelle médicale et parasitologie	HARANT
Pathologie et thérapeutique générales	PAGÈS
Thérapeutique et matière médicale	JANBON
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BERT
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL
Technique opératoire et chirurgicale expérimentale	ROUX
Pathologie et clinique propédeutique chirurgicales	MOURGUE-MOLINES
Pathologie et clinique propédeutique médicale	PUÉCH
Clinique médicale	GIRAUD, <i>doyen</i>
— — — — —	BOULET
Clinique chirurgicale	MASSABUAU
— — — — —	LAPEYRE
Clinique obstétricale	CADERAS DE KERLEAU
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, <i>doyen hon.</i>
Clinique des maladies des enfants et hyg. du 1 ^{er} âge	CHAPTAL
Clinique de dermato-syphiligraphie	MARGAROT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE
Clinique des maladies des voies urinaires	TRUC
Clinique gynécologique	AIMES
Clinique ophtalmologique	DEJEAN
Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale	TERRACOL
Electro-radiologie	LAMARQUE
Chargés de cours :	
Anatomie	LAUX
Histologie	GRANEL
Propédeutique médicale	P. RIMBAUD

Professeurs honoraires

MM. BERTIN-SANS, CABANNES, GALAVIELLE, VIRET, VILLARD,
GRYNFELT, RICHE, JEANBRAU, L. RIMBAUD, BOUDET

Chargés d'enseignements complémentaires

MM.	MM.
Chimie BENEZECH, <i>ch. f. ag.</i>	Propédeutique méd. P. RIMBAUD, <i>prof.</i>
Physiologie LOUBATIÈRES, <i>agr.</i>	Clin. des m. contag. JANBON, <i>professeur</i>
Anatomie pathol. CAZAL, <i>agrégé</i>	Clin. de la tuberc. VIDAL, <i>professeur</i>
Pharmacologie HARANT, <i>prof.</i>	Clin. gast. ent. BAUMEL, <i>prof.</i>
Pharmacol. et théor. SERRE, <i>agrégé</i>	Pathologie chir. LAPEYRIE, <i>agrégé</i>
Médecine expér. N	— — — — — JOYEUX, <i>agrégé</i>
Pathologie médicale BOUCOMONT, <i>agr.</i>	— — — — — NEGRE, <i>agrégé</i>
— — — — — BERT, <i>professeur</i>	Chirurgie expér. COURTY, <i>ch. f. agr.</i>
— — — — — SERRE, <i>agrégé</i>	Obstétrique COLL DE CARRERA, <i>agrégé libre.</i>
Path. neurologique LAFON, <i>agrégé</i>	Stomatologie HOUPERT, <i>agrégé</i>
— respiratoire BALMÈS, <i>agrégé</i>	
Neuro-chirurgie GROS, <i>agrégé</i>	

Agrégés en exercice

MM.	NM.
Physiologie LOUBATIÈRES	Neuro-psychiatrie LAFON
Chimie BENEZECH, <i>ch. f. onc.</i>	Chirurgie LAPEYRIE
Médecine BOUCOMONT	— — — — — JOYEUX
— — — — — SERRE	— — — — — NEGRE
— — — — — BALMÈS	— — — — — COURTY, <i>ch. f. onc.</i>
— — — — — CAZAL	Neuro-chirurgie GROS
— — — — — PASSOUANT, <i>ch. f. ag.</i>	Odonto-Stomatol. HOUPERT



A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

A MES GRANDS-PARENTS

A MON PERE

A MA MERE

*Leur vie de dur et incessant
labeur m'est un exemple que je
me ferai un devoir d'imiter.*

*Puisse ce jour les dédommager
des lourds sacrifices qu'ils se
sont imposés à mon égard. Qu'ils
trouvent ici le témoignage de
ma reconnaissance et l'expres-
sion de ma respectueuse affec-
tion.*

A MA FEMME

*L'amour profond qui nous
unit est un gage certain de notre
bonheur futur.*

A MA SOEUR

*Elle a toujours été mon meil-
leur soutien.*

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS LES MIENS

A MADAME VEUVE JULIA MARIE

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARGAROT

PROFESSEUR DE CLINIQUE DE DERMATOLOGIE

ET SYPHILIGRAPHIE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur de présider notre thèse.
Nous lui exprimons notre très
respectueuse reconnaissance.*

A MON JURY DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR RIMBAUD

PROFESSEUR AGRÉGÉ DE MÉDECINE

MONSIEUR LE DOCTEUR COLL DE CARRERA

AGRÉGÉ LIBRE

MONSIEUR LE DOCTEUR PASSOUANT

CHARGÉ DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

A MES MAITRES DE LA FACULTE

ET DES HOPITAUX DE TOULOUSE

A MES MAITRES DE LA FACULTE

ET DES HOPITAUX DE MONTPELLIER

AU DOCTEUR DESMONTS

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS
EX-CHEF DE CLINIQUE ET MÉDECIN DES HOPITAUX
DE MONTPELLIER
MÉDECIN DE L'HOPITAL SAINT-JEAN

*Qui nous a inspiré ce travail,
en témoignage de reconnais-
sance.*

A MES MAITRES DE L'HOPITAL SAINT-JEAN
DE PERPIGNAN

A MADAMÉ LA SUPERIEURE ET AUX SOEURS
DE L'HOPITAL SAINT-JEAN

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A TOUS MES AMIS

AU DOCTEUR BONAFOUS
Ax-les-Thermes

AU DOCTEUR CORTADE
Céret

AU DOCTEUR ROUANET

*Pour les remercier de leur
sollicitude à mon égard.*

Contribution à l'étude de l'erythrodermie leucémique

INTRODUCTION

Une question très délicate en Dermatologie est celle des lésions leucémiques et pseudo-leucémiques de la peau.

Ces lésions très diverses sont tantôt localisées tantôt généralisées.

Nous étudierons simplement une forme particulière et assez rare des leucémies cutanées : l'Erythrodermie leucémique.

La caractéristique principale de ces maladies est fournie par le critérium hématologique qui va nous servir à les délimiter.

Nous excluons volontairement de cette thèse les Erythrodermies qui ne s'accompagnent pas des signes hématologiques de leucémie, bien qu'il est indiscutable que l'infiltration leucémique de la peau peut précéder souvent la généralisation du processus leucémique ; il existe des cas où cette généralisation ne se produit pas avant le décès du malade.

Nous éliminerons aussi le Pré-mycosis fongoïde, les leucémides autres que l'Erythrodermie.

DÉFINITION

L'Erythrodermie leucémique est caractérisée par une éruption généralisée, rouge, prurigineuse et squameuse ; des adénopathies surtout inguinales et crurales et une formule sanguine de leucémie lymphoïde.

HISTORIQUE

En 1832, ALIBERT a fait pour la première fois une description complète du mycosis fongoïde et il a décrit une éruption lichénoïde généralisée ; les examens hématologiques n'étant pas utilisés à cette époque, il est difficile de préciser dans quelle mesure l'érythrodermie leucémique n'était pas comprise dans ces formes généralisées du mycosis fongoïde.

TROUSSEAU a attiré l'attention en 1864 sur les complications cutanées de la lymphocytémie et de l'adénie ; l'absence des critères hématologiques ne permettait pas à cette époque de différencier les leucémies des adénies, rendant difficile l'identification des observations de DEBOVE, DEMANGE et LANDOÛZY publiées à cette époque.

En 1876, BIESADEKI décrit la première observation bien définie de leucémie cutanée, caractérisée par l'association des manifestations cutanées et des signes hématologiques.

En 1885, KAPOSI montre dans sa description de la lymphodermie pernicieuse, qu'il existe des érythrodermies d'origine leucémique.

Progressivement, les observations avec examen hématologique se multiplient. Au congrès des Dermatologistes allemands en 1891 apparaît une série de faits importants (COLLASCH, KOEBNER...) et PALTAUF est chargé d'un rapport sur les néoformations lymphatiques de la peau.

En 1893, RIEHL a décrit une forme de leucémie avec érythrodermie exfoliatrice généralisée.

Vers 1899-1900, à la suite des travaux d'ERLICH, les examens hématologiques deviennent plus précis et plus fréquents, à la suite des publications dermatologiques de KREIBICH, PINKUS, NEKAM, les observations se multiplient faisant apparaître qu'au cours des leucémies, on observe des manifestations cutanées qui semblent spécifiques, mais qu'on peut observer certaines de ces manifestations en dehors de toute leucémie.

En 1904, NICOLAU a isolé les formes érythrodermiques de la leucémie et de la pseudo-leucémie.

NANTA en 1912 consacre sa thèse aux manifestations cutanées des leucémies et montre que parmi les manifestations cutanées des leucémies, il faut différencier :

1° Les éruptions qui semblent caractéristiques de la leucémie (nodules cutanés, érythrodermie, etc...), mais ces éruptions peuvent se voir en dehors de toute leucémie sanguine, et même sans lésion leucémique des organes hématopoïétiques.

2° Les éruptions secondes en apparence d'aspect banal.

Les observations de RIEHL, KAPOSI, WASSERMANN, AGUINET et RIBADEAU-DUMAS, montrent que dans certaines leucémies, les manifestations cutanées peuvent précéder l'apparition des signes sanguins.

SYMPTOMES

Signes cutanés

Rougeur diffuse des téguments qui d'abord limitée à certains segments du corps, se généralise progressivement ; cette rougeur s'accompagne d'une sensation d'infiltration du derme et surtout d'une parakératose avec des squames évidentes sur le tronc et qui s'accroît au niveau des extrémités jusqu'à constituer une véritable plaque cornée qui recouvre toute la paume des mains et la face palmaire des pieds.

Un troisième caractère est que cette éruption est très prurigineuse.

Adénopathies

Un tel tableau clinique attire l'attention et on observe systématiquement des adénopathies au niveau des groupes inguinaux, axillaires, épitrochléens. Les ganglions sont augmentés de volume, de consistance ferme ; ils peuvent garder leur individualité ou bien fusionner en de volumineuses masses ganglionnaires.

Caractères hématologiques

Quand la symptomatologie est au complet, l'examen de sang montre une augmentation du nombre des leucocytes avec un fort pourcentage de mononucléaires ou plutôt de ces cellules lymphoïdes caractéristique de la leucémie lymphoïde, c'est-à-dire dont l'aspect général rappelle le lymphocyte, mais avec un noyau plus volumineux, un protoplasme souvent plus étendu que la mince couronne protoplasmique du lymphocyte.

FORMES CLINIQUES

NANTA distingue quatre formes d'érythrodermie leucémique :

- 1° L'érythrodermie généralisée exfoliatrice.
- 2° les érythrodermies suintantes eczématiformes,
- 3° L'érythrodermie pernicieuse de KAPOSI
- 4° L'érythrodermie en plaques psoriasiformes.

1°) L'érythrodermie exfoliatrice généralisée (type Wilson-Brocq) que nous avons prise pour type (et qui est aussi la description du pityriasis rubra de Hébra à quelques détails près).

2°) Dans l'érythrodermie suintante eczématiforme décrite pour la première fois par RIEHL, on observe des vésicules, un suintement amenant des décollements épidermiques ; ces érythrodermies suintantes représenteraient une forme de transition entre l'érythrodermie

exfoliante généralisée et les leucémies eczématiformes.

3°) Dans la lymphodermie pernicieuse, bien connue depuis KAPOSI, il survient un prurit violent, généralisé, en même temps qu'une rougeur diffuse, avec cependant des intervalles de peau saine ; enfin des tumeurs et des lésions nodulaires s'associent à l'érythrodermie faisant la transition entre l'érythrodermie leucémique et les autres manifestations cutanées de la leucémie.

4°) HEINRICH a observé chez un leucémique en même temps que des tumeurs leucémiques et des placards rouges non prurigineux, des efflorescences serpiginieuses psoriasiformes. NANTA a appelé érythrodermie en plaques poriasiformes ; cette forme qui constitue elle aussi une transition entre l'érythrodermie leucémique et les formes nodulaires de la leucémie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On observe des lésions spécifiques dans les érythrodermies.

Infiltration cellulaire

Les cellules d'infiltration sont toutes des lymphocytes vrais. On a signalé toutefois des lymphocytes analogues aux éléments des centres germinatifs de Flemming, à noyau plus gros et plus clair. La plupart des auteurs n'ont pas rencontré de mitoses. NICOLAU en a conclu que les lymphocytes se multipliaient localement par division directe. Il existe aussi des formes de RIEDER.

Ces lymphocytes sont disposés par amas plus ou moins étendus, tantôt en nappe uniforme, tantôt dans les infiltrations discrètes en trainées ou en petits amas le long des vaisseaux, entre les glandes sudoripares, autour des follicules pileux et des glandes sébacées et dans les interstices des faisceaux conjonctifs.

L'infiltration est généralement modérée, la plupart des éléments préexistants de la peau subsistent : les trainées

cellulaires siègent dans la partie moyenne de la peau et arrivent jusqu'au corps papillaire.

Les érythrodermies peuvent donner de l'éosinophilie comme l'eczéma. Cette éosinophilie locale a une signification difficile à préciser.

Tissu Conjonctif

Les altérations du tissu conjonctif sont nombreuses et variées. Il y a de l'oedème du corps papillaire, les capillaires sont larges, congestionnés et l'on voit une certaine abondance de cellules pigmentées. pas de mastzellen.

Les fibres conjonctives au niveau des foyers ont à peu près disparu. On trouve un pseudo-réticulum délicat dans les mailles duquel se trouvent les lymphocytes.

Le tissu élastique persiste autour des foyers et notamment dans la couche papillaire.

Les vaisseaux sont, en général, plus ou moins infiltrés ; les néocapillaires se forment activement ; les vaisseaux, un peu plus gros, ont une paroi externe tellement infiltrée de lymphocytes qu'en coupe longitudinale ils sont à peine visibles.

Intégrité des cellules graisseuses entourées de lymphocytes. Les glandes sudoripares sont souvent dissociées par l'infiltrat qui les entoure et s'accumule autour d'elles ainsi qu'autour des glandes sébacées et des follicules pileux, avec une prédilection remarquable. Les glandes sébacées sont atrophiées.

Les follicules pileux subissent l'involution cornée.

Epiderme

Les altérations épidermiques sont variables surtout marquées au-dessus des infiltrations diffuses et superficielles des érythrodermies.

Il y a presque toujours disparition des poils et amincissement de l'épiderme qui, repoussé par l'infiltration

sous-jacente, se laisse distendre et est réduit à une mince lame épithéliale composée de quatre à cinq couches cellulaires. La couche basale est souvent riche en pigment. La couche granuleuse est toujours réduite. La couche cornée est parfois épaisse, composée d'un amas considérable de lamelles cellulaires dépourvues de noyau, Il y a donc hyperkeratose sans parakératose. L'hyperkératose souvent très accusée peut produire une exfoliation abondante.

On peut trouver aussi des lésions atrophiques des érythrodermies.

On peut noter parfois de l'oedème intercellulaire, de la spongieuse, puis une vésicule ; l'exsudat renferme une grande quantité de lymphocytes, parfois il est hémorragique.

TRAITEMENT DES ERYTHRODERMIES LEUCÉMIQUES

Jusqu'à ces dernières années les diverses manifestations cutanées pouvant apparaître au cours des leucémies étaient toutes justiciables de la radiothérapie.

C'est elle qui, ainsi que l'a écrit DARIER : « est d'un avis unanime, le traitement de choix de toutes les maladies de ce groupe ».

Les irradiations cutanées utilisent un rayonnement moyennement pénétrant avec une filtration de 2 à 3 mm d'aluminium. L'extension très grande des lésions oblige parfois à irradier la totalité du revêtement cutané ; la technique la plus commode en ce cas est celle des feux croisés en surface avec une grande distance focale de 50 à 80 cm au minimum ; une dose de 500 à 600 r est en général suffisante.

Quand on agit sur les masses ganglionnaires hypertrophiées des irradiations localisées sont faites suivant des champs bien limités avec un rayonnement moyenne-

ment pénétrant filtré sur 5/10 de ^{mm} de zinc ; des doses variant de 500 à 800 r sont d'ordinaire suffisantes.

La radiothérapie totale a été introduite dans la thérapeutique par TASCENDORFF.

Le Benzène chimiquement pur a été essayé à la suite de KORANYI, de VAQUEZ, par prises de xxx gouttes par jour en ingestion ; actuellement abandonné.

Certes la radiothérapie amène une sédation cutanée temporaire des accidents cutanés, ganglionnaires et sanguins ; mais malheureusement, la récurrence survient assez rapidement, la maladie reprend rapidement son cours, et un nouveau traitement reste sans action.

Les érythrodermies leucémiques constituent une forme de leucémie de pronostic particulièrement sévère.

OBSERVATIONS

Nous classerons les diverses observations recueillies dans la littérature par groupes correspondants à la classification établie par NANTA.

GRUPE I. — ERYTHRODERMIES GENERALISEES AVEC HYPERKERATOSE

1 — OBSERVATION DE NICOLAU

Homme de 60 ans, entre à la clinique le 1^{er} mars 1897, mort le 24 juin 1898.

En automne dernier a paru une plaque rouge dans le dos, avec des démangeaisons et une sensation de brûlure, après quelque temps, la plaque rouge disparut, mais les démangeaisons persistent ; au printemps suivant la rougeur revient cette fois localisée à des foyers multiples, aux avant-bras et aux jambes, intermittente d'abord elle s'étend ensuite progressivement et devient générale et définitive.

Il y a deux mois s'est produit un ictus avec hémiplegie droite, qui a presque complètement guéri.

A l'examen on trouve une rougeur continue, exacerbée aux plis axillaires, la peau est légèrement épaissie, sèche au tou-

cher, et un peu rude, moins élastique qu'à l'état normal, couverte de squames fines, sèches, peu adhérentes, furfuracées, se reproduisant incessamment ; sous les squames la peau est rouge, luisante, sèche, il n'y a ni suintement, ni papules, ni excoriations, ni vésicules.

Il existe un prurit d'intensité modérée ; les ongles ne sont pas altérées, les poils sont à peu près respectés.

Tous les ganglions superficiels sont gros, la rate aussi. Le sang présente une *lymphocytose relative*, sans éosinophilie.

Cet état s'est maintenu sans grandes modifications pendant deux ans au bout desquels le malade est mort.

L'autopsie, la biopsie et l'hématologie confirment le diagnostic de pseudo-leucémie.

2. — OBSERVATION DE WASSERMANN

Ouvrière de 30 ans maladie subite avec fièvre et diarrhée ; la peau, surtout celle du visage et des extrémités est pâle et jaunâtre, l'épiderme est squameux, fortement ridé et par endroits brillant, atrophique. La peau est mobilisable et donne une sensation parcheminée. Par endroits, il y a des fissures de l'épiderme, larges de 1/2 cm environ, où le derme apparaît très rouge. Il n'existe pas de prurit.

Il n'y a pas de tuméfaction ganglionnaire, ni splénique ; l'examen du sang montre qu'il y a de l'anémie et une lymphocytose relative.

La malade meurt au bout de quatre mois et demi de fièvre. L'autopsie montre que seuls les ganglions rétropéritonéaux sont gros. Ils sont pâles à la coupe. Histologiquement, ils présentent une hyperplasie lymphoïde. La peau ne présente pas d'infiltration lymphoïde. L'autopsie confirme le diagnostic de pseudo-leucémie qu'ERLICH avait porté sur l'examen des préparations sanguines.

3. — OBSERVATION DE A. GATE

P. J. MICHEL & J. A. THEVENON

B... Joseph, 66 ans, entre dans le service hospitalier de Dermato-syphiligraphie de l'Antiquaille, le 22 septembre 1932. Pas d'antécédent pathologique particulier.

Marié. père de 4 enfants en bonne santé. L'affection actuelle a débuté il y a 1 an sous la forme d'un placard érythémato-squameux de la région dorsale qui s'est progressivement étendu et qui s'accompagnait d'un certain degré de prurit.

L'un de nous (Dr GATE) fut amené il y a 1 an à voir ce malade. Il pensa qu'il s'agissait d'une parakératose psoriasiforme. Toutefois l'existence d'adénopathies lui fit faire déjà quelques réserves, et il demanda à ce malade de bien vouloir se soumettre à de nouveaux examens ultérieurs. Momentanément, le

traitement s'inspira du diagnostic d'attente qui avait été fait, et le malade reçut une série d'injections d'autohémothérapie. Quand le malade revint cette année, et que son hospitalisation fut décidée, l'aspect était sensiblement modifié et on se trouvait en présence d'une véritable érythrodermie. Tous les téguments y compris ceux du visage, offrent un aspect érythématô-squameux, psoriasiforme. Les régions découvertes (face, cuir chevelu, mains...) sont les plus atteintes, et les squames atteignent à leur niveau une épaisseur considérable. Le prurit est extrêmement accusé et entraîne l'existence de lésions de grattage surajoutées et secondairement infectées.

Les régions inguinales et axillaires sont le siège d'adénopathies assez volumineuses, faites de ganglions multiples, réunis entre eux par une périadénite assez accentuée. On note par ailleurs, un certain degré d'œdème des membres inférieurs, œdème dur, ne gardant pas le godet. Il n'existe aucune lésion muqueuse, rien au niveau des amygdales ; rate peu augmentée de volume.

L'examen hématologique donne :

Globules rouges	5.456.000
Globules blancs	204.600

Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles	6 %
Lymphocytes	84
Grands mononucléaires	10
Eosinophiles	0,5
B W	négatif

Examen somatique est, par ailleurs, négatif.

Nous nous sommes trouvés en somme, en présence d'une érythrodermie s'accompagnant de prurit intense et d'adénopathies. Cliniquement, le diagnostic qui venait immédiatement à l'esprit, à l'entrée du malade à l'hôpital, était celui d'érythrodermie prémycosique. Mais l'examen hématologique en mettant en évidence l'existence d'une leucocytose à plus de 200.000 avec prédominance des lymphocytes, imposait le diagnostic de leucémie lymphoïde. Il s'agissait donc d'une de ces érythrodermies que l'on a décrites depuis longtemps au cours des lymphadénies diverses.

De tels faits d'ailleurs ne sont peut être pas si éloignés qu'on pourrait le supposer des érythèmes prémycosiques. Nous avons pratiqué en effet, une biopsie de la peau et les lésions que nous avons pu observer rappellent, à s'y méprendre, celles qu'il est classique de décrire dans le stade érythémateux du mycosis fongoïde.

Nous avons soumis ce malade à la radiothérapie des territoires ganglionnaires et au benzol per os. Il sera intéressant de voir dans quelle mesure la rétrocession des signes hématologiques pourra déterminer une amélioration des manifestations cutanées.

4. — OBSERVATION DE MM. J. MARGAROT, P. RIMBAUD,
J. RAVOIRE, A. DELMAS ET H. SOUCHON.

Une malade de 75 ans entre dans le service de dermatologie pour une érythrodermie, au mois de janvier 1942 ; aucun fait pathologique important n'est à relever dans ses antécédents familiaux ou personnels. L'affection remonte à 6 mois. Elle a débuté par un prurit intense ; une rougeur squameuse est d'abord apparue sur le cuir chevelu, déterminant une chute importante de cheveux. Elle s'est étendue dans la suite, à l'ensemble des téguments. Au moment de l'hospitalisation de la malade, les lésions dermatologiques dominent le tableau clinique. Sur le cuir chevelu, on note la présence sur un fond érythémateux, d'abondantes squames blanches, micacées, rappelant par endroits, l'aspect des squames du psoriasis ; les cheveux sont clairsemés. Sur le reste du corps, existe une érythrodermie finement squameuse. La peau est très sèche, des lésions de grattage sont visibles en diverses régions.

Le diagnostic morphologique porté est celui d'érythrodermie à type d'eczématide pityriasique généralisée ; un examen général systématique est pratiqué. La malade est très amaigrie, mais cet amaigrissement peut s'expliquer par les restrictions alimentaires actuelles.

Le système nerveux, les appareils respiratoire, circulatoire, digestif et urinaire sont normaux. Le foie n'est pas hypertrophié, le volume de la rate paraît normal ; la percussion permet de mettre en évidence une zone de matité, mais le pôle inférieur de l'organe ne dépasse pas le rebord costal. On note la présence d'une polyadénopathie localisée principalement aux territoires ganglionnaires axillaires et inguinaux et caractérisée par la présence de nombreux ganglions durs et mobiles sous la peau. Leur volume varie de la grosseur d'un haricot à celle d'une petite amande, on en palpe quelques-uns à la nuque et sur la paroi abdominale.

On trouve dans le sang :

Globules rouges	4.200.000
Globules blancs	79.200
Polynucléaire neutrophiles	6 %
Eosinophiles	0
Basophiles	0
Grands mononucléaires	3
Lymphocytes	91

Le diagnostic de leucémie lymphoïde est porté. L'érythrodermie est rattachée au processus hématologique. Des hémogrammes de contrôle effectués presque tous les 10 jours environ font apparaître des variations qualitatives peu importantes, mais permettent de se rendre compte de la progression de la leucémie. C'est ainsi que le nombre de globules blancs dépasse bientôt 90.000 par mm³ et que le taux des lymphocytes atteint

93 % ; une biopsie est effectuée le 6 mars 1942 ; on trouve dans un ganglion prélevé dans l'aîne une hyperplasie considérable des éléments lymphocytaires.

En plusieurs endroits les lymphocytes en prolifération anormale infiltrent la capsule périphérique et permettent de penser que l'on se trouve en présence d'un lymphocytome évoluant vers la malignité (Dr GUIBERT). Un traitement radiothérapique est institué au centre Curie dans le service de M. le Professeur LAMARQUE. Après 20 séances la maladie est nettement améliorée. L'érythrodermie s'est atténuée, le prurit est moins intense. Les adénopathies, nullement gênantes d'ailleurs, pour la malade, persistent ; mais le syndrome hématologique est nettement modifié :

Globules rouges	4.500.000
Globules blancs	28.400
Polynucléaires neutrophiles	13 %
Eosinophiles	0
Basophiles	0
Grands mononucléaires	0
Lymphocytes	87
Grands lymphocytes	1

Deux particularités nous paraissent devoir être soulignées dans cette observation ; l'apparition d'une leucémie lymphoïde chez une malade de 75 ans et le caractère exclusivement cutané des manifestations cliniques. Cette apparence symptomatique semble avoir été rarement notée dans la leucémie lymphoïde. Elle ne fait cependant que confirmer une notion solidement établie, l'indépendance des manifestations dermatologiques vis à vis du type hématologique des affections leucémiques.

5. — S. NICOLAU et A. MAISLER apportent la très intéressante observation d'une érythrodermie exfoliante généralisée mélanodermique avec état subleucémique du sang et lymphocytose relative et, en plus, dégénérescence graisseuse massive du pancréas et adénome de la capsule surrénale gauche. Lésions multiples dans les organes avec présence de pigments mélaniques y compris dans la peau, sa répartition dans les tissus posent des questions difficiles sur l'origine et les moyens de transport et d'élimination du pigment.

6. — M. LUTZ (Bale) apporte l'observation d'une érythrodermie exfoliante généralisée primaire idiopathique évoluant ultérieurement en érythrodermie leucémique ; la peau comme lieu d'origine de la leucémie : femme atteinte en 1920 d'une éruption peu définissable qui fit en 1924 une érythrodermie exfoliante généralisée avec formule leucocytaire sublymphémique sans altération du système lymphatique. En 1925, nouvelle érythrodermie et formule sanguine leucémique sans participa-

tion des organes internes. L'auteur interprète ces faits en disant que la peau a été dans ce cas le lieu d'origine de la leucémie.

7. — YAMAZAKI J. et NAKANO I. publient l'observation d'un homme de 49 ans, entré à l'hôpital pour œdème, éruption et démangeaisons qui finissent par s'étendre à tout le corps sauf le visage. Mort au bout de 47 jours. Pendant tout le cours de la maladie, on ne put découvrir aucun signe de leucémie dans le sang ; peu de temps avant la mort seulement, survint une anémie marquée et une légère lymphocytose, aussi le cas fut-il diagnostiqué « pseudo-leucémie lymphatique » il ne s'agissait évidemment pas d'une maladie, mais de l'atteinte de tout un système physiologique.

Les phénomènes cutanés devant être rapportés à la leucémie. Ce diagnostic fut confirmé par l'autopsie qui révéla une forte infiltration cellulaire.

8. — OBSERVATION DE MM. DESMONTS et PÉRICH J.

G. L..., 64 ans, hospitalisé à l'hôpital Saint-Jean de Perpignan ; la maladie a débuté en juillet 1945 par des lésions érythémateuses, squameuses et prurigineuses des membres inférieurs, progressivement, l'érythrodermie s'est étendue au corps, aux mains, à la face. La réaction de WASSERMANN était positive et l'examen hématologique n'avait rien montré de spécial ; peu à peu l'érythrodermie s'étend et gagne les membres inférieurs, les membres supérieurs et la face.

Quand nous l'avons vu pour la première fois, le 15 janvier 1947 l'érythrodermie est généralisée, mais elle présente des modalités différentes suivant les différents segments du corps : à la face, rougeur légèrement infiltrée avec une fine desquamation furfuracée ; au cuir chevelu épaisses squames. le cou est rouge, légèrement infiltré ; le tronc est le siège d'une rougeur infiltrée avec une desquamation furfuracée ; peau très plissée ; les squames sont plus volumineuses sur les membres inférieurs et forment de véritables lambeaux d'hyperkératose. Celle-ci s'accroît en se rapprochant des extrémités et la paume des mains est le siège d'une hyperkératose particulièrement intense ; les ongles sont épaissis de plusieurs mm d'épaisseur. Aux membres inférieurs les squames sont plus étendues et plus épaisses qu'aux membres supérieurs. La plante des pieds est recouverte d'une véritable semelle cornée de plusieurs mm d'épaisseur. Cette éruption est très prurigineuse et on observe quelques lésions de grattage. Les ganglions cruraux sont tuméfiés formant des masses de consistance ferme de la taille d'une grosse noix, sans périadénite. La rate n'est pas augmentée de volume. La formule leucocytaire donne 31.600

leucocytes dont 23 % de polynucléaires neutrophiles, 7 % d'éosinophiles ; 70 % de cellules lymphoïdes.

La ponction ganglionnaire des ganglions hypertrophiés montre un très fort pourcentage de lymphoblastes ; par contre la moelle osseuse n'est pas envahie ; le 20 janvier 56.000 leucocytes — 80 % de mononucléaires.

Polynucléaires neutrophiles	30
Erythroblastes	10 %
Myélocytes neutrophiles	15
Myélocytes éosinophiles	5
Polynucléaires éosinophiles	5
Cellules lymphoïdes	20
Plasmocytes	5
Histiocytes	5
Grands mononucléaires	5

Fin février on commence un traitement radiothérapique qui est poursuivi jusqu'au 12 avril.

Sous l'action de ce traitement les lésions cutanées s'améliorent, le prurit diminue, l'hyperkératose est moins accentuée ; les adénopathies crurales diminuent d'abord puis augmentent de nouveau, on voit apparaître de nouvelles adénopathies ; ganglions Epithrochléens droit : taille d'un pois ; gauche : taille d'une cerise.

La leucocytose qui avait d'abord diminué : 22.000 leucocytes avec 12 % seulement de polynucléaire neutrophiles, remonte ensuite à 58.000 le 10 avril, avec 7 % de polynucléaires neutrophiles, 1 % de polynucléaires éosinophiles.

Devant l'échec du traitement radiothérapique sur les adénopathies et la leucémie on abandonne ce traitement.

Le 12 avril le malade est mis à un traitement quotidien par 15 mmg de vitamine D 2 per-os ; le 6 mai le nombre des leucocytes passe à 40.000 dont 13 % de polynucléaires neutrophiles.

Le 21 mai 30.000 leucocytes dont 21,3 % de P. neutrophiles, et 2 % de P. éosinophiles.

La dose quotidienne de vitamine D 2 est portée à 30 mmg par jour.

Le 10 juin, 26.000 leucocytes dont 23 % de P. neutrophiles ; le 25 juin 18.000 leucocytes dont 25,7 % de P. neutrophiles.

Le traitement par la vitamine D 2 est interrompu ; le malade est mis en traitement par l'extrait médullaire injectable correspondant à 5 gr. de moelle osseuse par jour.

Le 3 juillet 25.000 leucocytes dont 24,5 % de P. neutrophiles.

Le 8 juillet 22.000 leucocytes dont 24 % de P. neutrophiles.

Le traitement par la vitamine D 2 est repris à raison de 15 mmg par jour, associé au traitement par l'extrait médullaire. Le nombre de leucocytes s'abaisse légèrement :

22.000 le 10 juillet dont 28,3 % de P. neutrophiles et 1,5 % de P. éosinophiles.

Les signes cutanés continuent à regresser. La peau a repris un aspect presque normal.

Le 5 août 22.000 leucocytes, 32,8 % de P. neutrophiles, 2,8 % de P. éosinophiles.

Le ganglion épitrocléen gauche a complètement disparu, le droit et les ganglions inguinaux et cruraux ont diminué de volume.

Le 3 septembre 31.500 leucocytes, 12,2 % de P. neutrophiles, 2 % de P. éosino, 83,8 % de cellules lymphoïdes.

Le malade est très déprimé, mais les lésions cutanées vont bien. On interrompt le traitement par la vitamine D2.

Dès le 8 septembre 22.500 leucocytes, 26 % de P. neutro, 1 % de P. éosino.

Le 10 septembre 15.000 leucocytes, 28 % de P. neutro.

Le 18 septembre 19.000 leucocytes. 31 % de P. neutro.

Le 24 septembre le malade a un furoncle de la jambe droite ; 28.000 leucocytes, 39 % de P. neutro., on a interrompu l'extrait médullaire.

Un traitement par la pénicilline améliore momentanément le furoncle mais n'arrive pas à le faire cicatriser complètement.

Le 29 septembre 22.000 leucocytes, 47 % de P. neutro.

Le 18 octobre, bien que la formule sanguine soit relativement favorable, l'érythrodermie recommence à s'étendre, il est apparu un oedème des membres inférieurs, les ganglions tendent à augmenter de volume. On reprend le traitement par la vitamine D2 à raison de 15 mmgr. par jour ; le nombre des leucocytes diminue légèrement, les lésions cutanées tendent à regresser.

Le 15 décembre, le malade est mis à 15 mmgr. de vitamine D2 tous les 2 jours, les lésions cutanées regressent et le 25 décembre il est mis à 15 mmgr. tous les 4 jours et on reprend en plus le traitement par l'opothérapie médullaire à raison de 5 ampoules les 3 autres jours.

Progressivement l'oedème des membres inférieurs tend à disparaître, les squames deviennent plus épaisses.

Le 15 janvier 1948, on met le malade à une ampoule de 15 mmgr. de vitamine D2 tous les trois jours : l'érythrodermie cesse de progresser, l'oedème des membres inférieurs rétro-cède ; il semble qu'on ait atteint une dose d'équilibre. Les formules leucocytaires restent semblables entre elles, les ganglions rétro-cèdent, l'état général est bon.

Le 23 janvier 25.200 leucocytes, 27 % de P. neutro., 2 % de P. éosino.

Le 2 février 1948 24.950 leucocytes, 22 % de P. neutro., 1 % de P. Eosino.

Ce traitement est continué jusqu'au 1^{er} avril, et malgré une pneumonie le 1^{er} mars, guérie par la pénicilline, l'hyperkératose a presque complètement disparue, à part une mince lame cornée à la plante des pieds ; les téguments ont un aspect

normal ; les ganglions cruraux et inguinaux sont moins volumineux.

Pendant cette période, le nombre des leucocytes a oscillé entre 20.000 et 26.000 ; le pourcentage des polynucléaires entre 20 et 27 % avec deux chiffres extrêmes atteignant 17 et 40 %.

Le 1^{er} avril on cesse la vitamine D2 et l'opothérapie médullaire, mais on pratique des applications de pommade à base de vitamine D2.

Le 25 Mai 1948, il n'y a pas eu de tendance à la récurrence de l'érythrodermie, et les examens de sang ont donné après l'interruption du traitement général, les pourcentages de polynucléaires neutrophiles les plus élevés.

14 avril, 19.200 leucocytes, 48 % neutro., 2 % éosino.

23 avril, 18.200 » 57 % » 1 % »

25 mai, 22.600 » 52 % » 1 % »

Il semble donc que chez ce malade le traitement par la vitamine D2 s'il n'a pas permis de faire rétrocéder complètement la leucémie, la stabilisé ; mais que l'hypervitaminose D2 si elle a eu un effet favorable sur l'érythrodermie, a eu au contraire une action défavorable sur la formule sanguine et qu'il faut se maintenir à une dose d'équilibre,

GROUPE 2. — ERYTHRODERMIES Suintantes ECZEMATIFORMES

1. — OBSERVATION DE RIEHL

Femme de 57 ans, en septembre 1884 survint une éruption eczématiforme, prurigineuse qui se généralise à tout le corps dans le courant du mois. La patiente remarque qu'il y a des tumeurs sous-cutanées au cou, aux aînes, etc... un ganglion du cou suppure et la malade vient se montrer à l'hôpital. En 1890, on porte donc le diagnostic de leucémie sur l'hypertrophie de la rate, du foie et des ganglions, et sur l'augmentation du nombre des globules blancs.

Rapport blancs/rouges : 1/24

On constate qu'il y a un très grand nombre de lymphocytes sur les préparations (leucémie lymphatique).

La couleur de la peau est uniformément rouge vif, il y a à peine quelques placards livides. La peau est partout mobilisable. Elle est épaissie au visage, au cou et aux plis inguinaux. Au visage il y a des plissements qui forment des tumeurs et donnent un aspect de léontiasis analogue à celui des lépreux. Nulle part on ne trouve d'infiltration circonscrite qui puisse permettre de parler de tumeurs.

De grandes étendues de peau sont sèches et peu squameuses ; d'autres, comme au dos, sont peu suintantes. En d'autres points encore, l'épiderme est décollable.

Lésions de grattage et taches hémorragiques. Le malade mourut sans que ses lésions aient subi de rémission, le 16 octo-

bre 1890. L'autopsie confirme le diagnostic de leucémie lymphatique.

2. — OBSERVATION D'AGUINET & RIBADEAU-DUMAS

Homme 22 ans ; durée de la maladie 2 mois ; début le 15 juin par des oedemes, des hématuries, de l'albuminurie abondante, des céphalées, des nausées, des vomissements.

Un mois plus tard, stomatite ulcéro-membraneuse, tuméfaction aux aines et au cou, légère hypertrophie splénique.

29 juillet : éruption aux aines et à la face, constituées par des papules très saillantes ; rouge-sombre, s'effaçant à la pression très prurigineuses, peu perceptibles sur le reste du corps. L'éruption s'accompagne d'une poussée fébrile à 39°.

1^{er} août : l'éruption diminue, les papules s'affaissent, deviennent jaunâtres et se couvrent de taches purpuriques. Température : 37°5.

4 août : Poussée fébrile, les éléments papuleux deviennent confluents et forment de grands placards qui tendent à envahir les membres, le tronc, la face ; à l'extrémité des doigts, des taches purpuriques. Peu à peu l'éruption est généralisée et à peu près uniforme.

Au cuir chevelu et à la face, la peau est épaisse, sèche, desquamante : au bras et aux aisselles, elle est épaisse, dure, rouge avec de fines vésicules suintantes et des squames.

Les sillons cutanés sont exagérés ; la peau est difficile à plisser. Les plis sont très épais surtout du côté de la flexion des bras. Les plis de l'aîne sont normaux. Sur l'abdomen, il existe des placards rouges, épais, sans limites précises et par places quelques nodosités enchassées dans le derme.

Aux membres inférieurs siège une éruption semblable à celle des membres supérieurs. La peau des bourses est suintante, épaisse ; sur tout le corps le prurit persiste avec des légions de grattage.

Les ganglions sont volumineux, la rate augmente de volume, les amygdales grosses.

Peu à peu l'état s'aggrave, de grandes phlyctènes sanguinolantes apparaissent aux mains et aux pieds, ainsi que des ulcérations du prépuce et du sphacèle des bourses, et de larges plaques purpuriques sur le dos.

Mort le 13 août, 2 mois après le début de la maladie, L'examen du sang avait donné les résultats suivants :

Hématies	3.000.000
Leucocytes	155.000
Lymphocytes	41 o/o
Grands mononucléaires	16 o/o
Polynucléaires neutrophiles	32 o/o
Polynucléaires éosinophiles	11 o/o
Une hématie nucléée pour 100 leucocytes.	

Coagulation normale, caillot rétractile.

GROUPE 3. — ERYTHRODERMIE PERNICIEUSE
DE KAPOSI

1. — OBSERVATION DE KAPOSI

Femme de 39 ans, vue en 1884. Elle a eu il y a quelque temps une éruption prurigineuse et squameuse qui a guéri complètement.

Depuis trois mois, ont reparu le suintement et le prurit. La peau du cuir chevelu, de tout le visage et du cou est brun-rouge, sèche, épaisse, squameuse, chaude ; par endroits, sur les sourcils et aux oreilles, il y a du suintement et des croûtes jaunâtres. La peau de la poitrine, des aisselles et des seins est épaissie, tantôt pâle, tantôt brun-rouge, squameuse, parfois suintante. Il y a sur la poitrine et le dos des intervalles de peau saine, tout le reste du tronc est atteint. Sur les extrémités supérieures, le coude et la partie supérieure du bras sont à peu près sains ; le reste du membre squameux, épais, et par endroits suintants.

Aux membres inférieurs, les lésions sont moins accusées. On trouve de gros ganglions disséminés. Il y a à la main gauche et aux deux avants-bras des tumeurs dont la taille varie de celle d'un pois à celle d'un œuf de pigeon, bien limitées, sur lesquelles la peau est très altérée. Le prurit empêche le malade de dormir, tellement il est violent ; pas de fièvre.

L'examen des viscères ne montre pas de modifications. Au bout de 15 jours la tuméfaction du visage diminue, les parties suintantes se séchent, dans le sillon auriculaire, on trouve des infiltrations dermiques et sous-cutanées, grosses comme des œufs de pigeon, recouvertes de peau pâle, lisse et saine d'ailleurs, un infiltrat de même grosseur se voit à gauche du front.

Le 2 février l'œdème de la poitrine a diminué : on trouve aussi des nodules dermiques ; sur les plus gros la peau est tendue et rouge. Il y en a quelques uns sur les seins, et à l'épigastre.

La rate pour la première fois paraît grosse. Le 11 février quelques nodules suppurent. En avril, l'état de la peau s'améliore, la rate grossit.

En mai, certains nodules ont disparu, d'autres apparaissent. La peau sur les nodules thoraciques et claviculaires est très tendue et rouge. En juin, à ces endroits, la peau s'exfolie et il se forme des pertes de substance, les tuméfactions et l'œdème subissent une recrudescence d'extension, le visage tellement déformé qu'il ressemble à un léontiasis de lépreux. Il y a de l'ascite (rien dans les urines).

La circonférence thoracique est tellement accrue par l'œdème qu'elle mesure 119 centimètres. L'examen du sang montre (RIEHL) 3.800.000 globules rouges, 125.000 globules blancs.

Mort le 15 juin après une période d'amélioration dans la-

quelle quelques tumeurs avaient dégénéré en laissant des traces serpigineuses.

Autopsie par le professeur KUNDRAT : nodules de toute taille sous-cutanés et intra-dermiques, rate quadruplée de volume, de gros ganglions partout, gros foie.

2. — RÉUNION DERMATOLOGIQUE DE STRASBOURG

OBSERVATION I

LEUCÉMIDES POLYMORPHES

AU COURS D'UNE LEUCÉMIE LYMPHOÏDE

M^{me} X.... 60 ans, nous est adressée par le Dr BUCHUT pour des manifestations cutanées très polymorphes. Cette malade accuse d'abord un prurit assez généralisé s'accompagnant des habituelles lésions de grattage et de quelques pyodermites banales mais l'attention est surtout retenue par un certain nombre d'efflorescences occupant essentiellement les avant-bras. Certaines d'entr'elles rappellent à s'y méprendre les lésions érythémato-papuleuses contusiformes de l'érythème polymorphe ; d'autres réalisent exactement l'aspect de l'érythème noueux ; en d'autres points, enfin, certains placards érythémateux sont coiffés d'éléments vésiculeux, bulleux, qui pourraient en imposer pour une maladie de Duhring-Brocq. Enfin, entremêlés à ces différents types de lésions cutanées, on note la présence particulièrement aux avant-bras, d'une série de petites nodosités, dures, du volume d'un pois environ, qui représentent autant de tumeurs leucémiques. C'est ce que confirme l'histologie qui montre de véritables nids lymphoïdes, situés électivement autour des vaisseaux, et répartis dans toute l'épaisseur du derme.

La leucémie lymphoïde chronique est par ailleurs certaine et l'examen du sang montre :

globules rouges	3.750.000
globules blancs	94.000

l'équilibre leucocytaire est le suivant :

polynucléaires neutrophiles	2 0/0
lymphocytes	92 0/0
moyens nononucléaires	3 0/0
grands mononucléaires	1 0/0
cellules souches	2 0/0
myélocytes	0

Ce cas eut été assez déconcertant, si les petites tumeurs leucémiques n'avaient de suite orienté le diagnostic, que confirma l'examen hématologique.

Nous retiendrons seulement le polymorphisme remarquable que peuvent présenter les leucémiques. Ce polymorphisme est bien connu ; mais on a le tort de n'y pas penser suffisamment, témoin l'observation suivante où le diagnostic erra trop longtemps.

OBSERVATION II

MANIFESTATIONS CUTANÉES POLYMORPHES AVEC DERMATITE
VÉGÉTANTE TENACE DES RÉGIONS PÉRI-BUCCALE ET ANALE ;
LEUCÉMIE LYMPHOÏDE ACTUELLE ; LEUCÉMIDES ATYPIQUES

Nous résumons assez brièvement cette longue observation. Le malade avait été présenté par nous le 18 janvier 1934 à la réunion dermatologique de Lyon pour une dermite eczématisiforme à localisations multiples avec aspect végétant péri-buccal. Cette dermite avait succédé à un assez long intervalle à un syndrome fébrile avec grosse rate, micropolyadénopathie, légère lymphocytose à 55 o/o et lésions cutanées muqueuses, qu'on avait interprété comme un érythème polymorphe fébrile ; une biopsie pratiquée au niveau des lésions végétantes n'avait montré que de la papillomatose banale. La réaction de Wassermann est négative. Malgré les diverses thérapeutiques instituées, la dermatose continua à évoluer.

Actuellement (juin 1934) on note un état général déficient avec subictère, anoréxie, asthénie, température vespérale autour de 38°, hépatomégalie et surtout splénomégalie notable (le pôle inférieur de la rate est nettement perçu à la palpation) ; en plus adénopathie généralisée constituée par de gros ganglions durs, dans les territoires inguinaux, axillaires et cervicaux, une nouvelle formule sanguine donne :

Globules rouges	5.049.000
Globules blancs	61.875
Polynucléaires neutrophiles	22,4 %
» éosinophiles	0,6 %
Lymphocytes	26 %
Grands lymphocytes	40 %
Moyens monocytes	1 %

soit 76 % de mononucléaires. Le diagnostic devant ce syndrome hématologique et clinique, de leucémie lymphoïde s'impose.

OBSERVATION III

ERYTHRODERMIE QUASI-GÉNÉRALISÉE, MAIS RESPECTANT DES
ILOTS DE PEAU SAINÉ AVEC PETITES TUMEURS A FORMULE
HISTOLOGIQUE DE MYCOSIS FUNGOÏDE ET S'ACCOMPAGNANT DE
LÉSIONS SANGUINES DU TYPE LEUCÉMIE LYMPHOÏDE

M. L. M. PAUTRIER rapporte l'observation anatomo-clinique d'une femme âgée de 59 ans qui depuis 2 ans, a vu se suivre des lésions eczématisiformes des membres inférieurs, puis des mains, accompagnées dès le début, de ganglions au cou et aux aines, pour évoluer vers une érythrodermie, respectant d'assez nombreux îlots de peau saine, très prurigineuse, l'examen hématologique révèle une leucocytose augmentant progressivement de 63 à 120.000 avec une lymphocytose jusqu'à 90 o/o.

L'examen anatomique ne concorde pas avec une leucémie vu l'absence d'une hyperplasie nette des organes lymphoïdes de la rate, alors que l'histologie de la peau est nettement en faveur d'un mycosis fongoïde à forme érythrodermique.

GROUPE 4. — ERYTHRODERMIES EN PLAQUES PSORIASIFORMES

1. — OBSERVATION DE HEINRICH A.

Sellier, 55 ans, vu en juin 1910. Son affection cutanée remontant à 1904 a débuté par des tâches squameuses, non prurigineuses au dos du pied droit, stationnaires pendant 2 ans.

En 1906 nouvelle poussée au côté droit, au bras droit, à la racine de la cuisse droite, sans douleur, ni prurit, ni cuisson. Depuis un an, les ganglions axillaires et inguinaux se sont tuméfiés. Tuméfaction de la peau sous l'aisselle, aux deux cuisses et à la région sacrée. Tuméfaction douloureuse du testicule droit depuis 3 mois. Actuellement, l'état général est mauvais, le malade pâle, T° - 37°. Les os ne sont pas douloureux. La racine des cuisses est un peu tuméfiée. Quelques ganglions mous aux aines et aux cuisses ; ailleurs, ils sont durs et peu volumineux.

Souffle systolique à tous les orifices du cœur. Le foie et la rate sont un peu gros, le testicule est doublé de volume, pas d'albumine de Bence-John. Hémoglobine - 60-0/0 ; globules rouges : 4 millions ; globules blancs - 150.000.

Peau. — Elle est partout lésée à l'exception du cou, du visage et de la tête. Il existe des efflorescences tantôt brune-rouge comme l'eczéma, squameuses, se perdant insensiblement, tantôt circonscrites, nettes sur la peau saine, psoriasiformes, serpigneuses, en guirlande, en carte de géographie, plus ou moins surélevées. Ce dernier type se voit à la poitrine et au ventre. Spécialement à la racine de la cuisse et sous l'aisselle gauche, la peau est infiltrée en masse, squameuse ; il existe des tumeurs intra ou sous-cutanées, nodulaires, grosses comme un haricot, un peu dures et surélevées.

A la racine de la cuisse les tumeurs cutanées ont subi par endroits une légère dégénérescence superficielle avec sécrétion purulente.

Au sacrum, il y a une tumeur grosse comme un œuf de poule, molle sous une peau intacte. Séro-réaction du Stern, positive ; de Wassermann, positive aussi. Le traitement par l'iode et la Röntgentherapie s'accompagne d'une modification merveilleuse de ces lésions cutanées, surtout des lésions psoriasiformes, qui s'effacent et pâlisent ; les tumeurs se résorbent ; la peau devient plus molle et se plisse. La rate, les ganglions, le testicule, la peau des jambes ne se modifient pas.

9 juillet 1910. — Globules rouges : 3.825.000 ; leucocytes : 75.000 ; lymphocytes : 92 0/0.

13 juillet 1910. — Globules rouges : 3.400.000 ; globules blanchés : 66.000 ; lymphocytes 93 o/o.

13 février 1911. — Globules rouges : 3.000.000 ; globules blancs : 105.000 ; lymphocytes : 97 o/o.

30 février 1911. — Globules rouges : 3.000.000 ; globules blancs : 18.000 ; lymphocytes : 92 o/o.

à la place des efflorescences, au bras et au tronc, il ne persiste plus que des taches pigmentaires jaune-clair. Les tumeurs ont disparu, la peau est partout lisse. Le testicule a un volume normal. Il persiste uniquement quelques nodules croûteux sur la jambe.

Les ganglions et la rate sont aussi gros ; les ganglions inguinaux se sont même accrus. L'abdomen est enflé, mais il n'y a pas d'ascite un peu d'œdème au pied droit.

2 août 1911. — Globules rouges : 3.800.000 ; globules blancs : 39.000 dont 95 o/o de lymphocytes.

19 août 1911. — 30 centigrammes d'arsénobenzol intramusculaire. Le diagnostic est hésitant entre : 1° syphilis ou leucémie cutanée et 2° syphilis et leucémie à la fois (les lésions syphilitiques ayant disparu avec I K, le Wasserman restant toujours positif).

Une biopsie avant le traitement, montre une infiltration exclusive de lymphocytes prédominant autour des vaisseaux, des glandes et des poils.

2. — OBSERVATION DE NANTA

Marie C. 35 ans, fille soumise, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Cécile, le 10 octobre 1911, pour faire traiter une éruption cutanée apparue depuis plusieurs mois. Elle a eu la syphilis à l'âge de 17 ans.

En février 1911, nous dit-elle, elle a été soignée dans un service de médecine. Effectivement nous apprenons qu'à ce moment, elle a été portée à l'Hôtel-Dieu dans le coma, avec une hémiplégie droite. La réaction de Wassermann était positive et la ponction lombaire montrant qu'il y avait de la lymphocytose dans le liquide céphalo-rachidien, on a porté le diagnostic de syphilis cérébrale et fait immédiatement un traitement mercuriel intensif. Au bout de plusieurs semaines l'hémiplégie avait à peu près disparu, mais la malade à ce moment a contracté une pneumonie grave, au cours de la convalescence de cette pneumonie on a constaté que la malade était atteinte de leucémie lymphatique (45 à 60.000 globules blancs, dont 60 à 80 o/o étaient lymphocytes), et l'on a vu apparaître des taches, des placards disséminés sur le visage et le corps, qu'on a pensé être de nature syphilitique (mai 1911).

En septembre 1911, la malade était entrée à la clinique, portant toujours ces accidents cutanés, et au bout de 20 frictions mercurielles, l'état était le même. Tout au plus l'éruption avait-

elle légèrement pâli. Elle entre dans un service de médecine où on lui fait une injection intra-veineuse d'Arsénobenzol de 30 centigrammes, sans résultat. Quand la malade revient en octobre 1911, nous l'examinons et constatons l'état suivant :

La malade est entièrement maigre, cachectique, elle a de l'œdème des jambes, elle a à peine la force de se trainer, épuisée qu'elle est par une diarrhée qui dure depuis 3 mois ? Elle a de la fièvre qui oscille de 37°5 à 38°5, tantôt le matin, tantôt le soir.

Système nerveux. — Il ne persiste rien de l'hémiplégie, sauf un léger effacement des rides de la face à droite. Les réflexes, la motilité, la parole sont normales, le signe de Babinsky est négatif.

Cœur et Vaisseaux. — Rien à signaler.

Rate. — Le bord inférieur affleure le rebord costal sous lequel on le sent très nettement. La matité splénique s'étend sur 18 centimètres en hauteur et 15 centimètres en largeur. La rate n'est pas douloureuse. L'abdomen est tendu, ballonné, sa paroi est sillonnée de veines. Il n'y a pas d'ascite.

Peau. — On voit aux avant-bras, aux coudes, à la paume des mains, au front, dans le dos, aux cuisses, aux genoux et à la face antérieure des jambes, des placards disséminés, larges de 7 à 5 centimètres, arrondis, à contour net. Ces placards sont très squameux, on enlève facilement des lamelles de 1 à 3 millimètres de diamètre, imbriquées les unes dans les autres et l'on arrive à une surface rouge, luisante, lisse, qui ne donne pas de piqueté hémorragique, une fois dépouillé de ses squames, le placard paraît légèrement surélevé, les bords sont nets sur la peau saine. En prenant le placard entre deux doigts, on le plisse facilement mais il paraît assez infiltré. Il n'est pas douloureux ni purigineux.

Les squames se reforment au bout d'une dizaine de jours ; Biopsie le 20 octobre : La cicatrisation se fait rapidement sans suppuration. La peau en général est sèche, de couleur terreuse, couverte de fines squames ; les cheveux et les ongles sont intacts. Les muqueuses ne sont pas très pâles, la vulve, le vagin ne présentent rien de particulier (au toucher vaginal, l'utérus est petit).

Evolution. — Traitement général : arsenic, quinquina, fer, etc. contre la diarrhée, on donne sans succès de l'opium, de la belladone, du nitrate d'argent, du sous-nitrate de bismuth. La malade a reçu depuis 2 mois, 25 frictions mercurielles, quelques piqures d'huile grise et 0 gr. 30 d'arsénobenzol en injection intraveineuse.

Le traitement spécifique est interrompu sitôt que le diagnostic de leucémie est porté. A ce moment, les lésions cutanées pâlissent un peu, mais la malade est dans un état de cachéxie avancée,

Vers le milieu d'octobre, les placards des bras pâlisent, les squames tombent spontanément, la peau apparaît lisse, rose, luisante, très mince, déprimée, elle a l'aspect d'une cicatrice récente ; les sillons ont disparu.

Les placards des jambes après quelques alternatives de décoloration et de recoloration ont persisté jusqu'à la mort.

Vers la fin de novembre les lésions du bras et de la face avaient complètement disparu ; il persistait des cicatrices lisses, brillantes, roses, où la peau très mince laissait voir les vaisseaux sous-jacents. La rate a diminué de volume.

Le 28 novembre apparaît de la gangrène des gencives avec haleine fétide, stomatorragie, et les épistaxis qui vont se répéter tous les jours. Il y a de la congestion pulmonaire dans les deux bases.

La malade meurt le 11 décembre 1911.

Examen du sang. — Le 10 octobre : globules rouges : 3.600.000 ; globules blancs : 96.000 ; lymphocytes : 88 ; neutrophiles : 4 ; grands lymphocytes : 4 ; divers : 4.

Le 30 octobre : globules rouges : 4.200.000 ; globules blancs : 58.000.

Le 2 décembre : globules rouges : 4.000.000 ; globules blancs : 99.200 ; lymphocytes : 95 ; grands lymphocytes : 2 ; divers : 3.

(On remarquera qu'au lieu de diminuer, le nombre des globules rouges augmentait, ce qui est évidemment dû à la concentration sanguine produite par les incessantes pertes sérieuses que la diarrhée faisait subir à la malade).

Autopsie. — 24 h. après la mort.

a) *Abdomen.* — Tous les viscères sont pâles, exangues, comme si le corps avait été saigné à blanc. L'épiploon est dépourvu de graisse. Dans tout l'abdomen, répandus à profusion dans l'épiploon, le mesentère, le mésocolon, le meso-appendiculaire, au hile du foie, sur la petite et la grande courbure de l'estomac, au hile de la rate, tout autour du duodénum qui est noyé au milieu d'eux, et tout le long de la colonne vertébrale où ils forment une nappe épaisse, il y a de nombreux ganglions de toute forme et de toute taille : petits comme des grains de plomb, comme des noisettes, gros comme des noix, larges et plats comme une main d'enfant, etc. Ils sont jaunâtres et pâles à la coupe, et consistants comme la substance hépatique.

b) *Cavité thoracique.* — Il existe une grosse adénopathie trachéobronchique et de gros ganglions médiastinaux postérieurs. Le cœur est petit, mais intact, ainsi que les gros vaisseaux. Pas de thymus appréciable ; le corps thyroïde est petit, de couleur verdâtre. La moëlle des tibias est jaune pâle, n'a pas d'apparence grasseuse, ne présente pas d'îlots rouges ; celle du sternum est rouge.

Histologie. — Nous avons prélevé des fragments sur tous les organes, et sur la peau du cadavre ; nous avons partout à

l'examen microscopique, trouvé des lymphomes isolés et des infiltrations de lymphocytes en nappe, absolument semblables à celles que nous avons trouvées dans le fragment de peau enlevé du vivant de la malade.

Les ganglions. — La structure n'est plus reconnaissable. Toute trace de follicules et de sinus a disparu. On ne voit plus qu'un amas de lymphocytes qui sont de place en place étroitement accolés les uns aux autres par groupes de 15 à 20. Il est difficile de voir le reticulum qui est noyé au milieu d'eux.

La rate présente des lésions un peu moins accusées, on y voit encore bon nombre d'éléments plus gros et plus pâles, à protoplasma plus étendu et à noyau clair, ces éléments représentent ce qui reste des cordons de BULLROTH. Il y a de nombreux globules rouges disposés avec les lymphocytes dans un reticulum qui est conservé en grande partie.

La moëlle osseuse a subi une transformation lymphoïde incomplète, mais accusée ; on y voit encore des érythroblastes, des mégacaryocytes, des myéloblastes, des myélocytes, des globules rouges nucléés et des globules rouges non nucléés. Mais le nombre des lymphocytes est à lui seul supérieur à celui de tous ces éléments réunis. En résumé : leucémie lymphatique.

3. OBSERVATION DE NANTA recueillie le 8 juillet 1912 sur une malade de MM. AUDRY et ESCAT.

Homme de 56 ans, célibataire, toucheur de bœufs, sans antécédents héréditaires ni collatéraux remarquables,...

Il y a quatre mois, la région sous-maxillaire a commencé à se tuméfier, puis les plis inguinaux. La déglutition était un peu gênée. Le malade alors consulte le Docteur ESCAT et le Professeur AUDRY. C'est à ce moment que nous le voyons.

L'état général est bon. Toutefois le malade se plaint d'insomnie et d'une lassitude prononcée le soir. Pas d'éthylisme, embonpoint très accusé et qui n'a pas diminué récemment.

A l'inspection, visage congestif, nez et joues parcourus par des varicosités. Les régions sous-maxillaires et rétro-auriculaires sont soulevées, mais le sujet est tellement gras que cette sorte de cou proconsulaire peut passer pour dû à l'embonpoint. Aux aînes, tuméfaction bosselée des deux côtés. Sur la peau sont disséminés quelques nævi, quelques verrues planes et quelques petits angiomes. Enfin, quatre efflorescences cutanées que le malade ignorait et que le Professeur AUDRY lui a fait remarquer : elles sont décrites plus loin, ventre très gras, replis abondants.

A la palpation, la tuméfaction sous-maxillaire est due à de nombreux ganglions gros comme des noix qui siègent sous le menton, derrière l'angle du maxillaire inférieur, sous le sillon auriculaire ; il y a un ganglion pré-auriculaire comme un haricot. Tous sont mobiles de consistance élastique, indolents,

Il en existe de plus petits dans les creux sus claviculaires et axillaires et d'aussi gros aux plis de l'aîne.

La rate est grosse ; elle a une zone de matité de 20 centimètres sur 15 centimètres, elle déborde les fausses côtes de trois travers de doigt ; on sent son rebord mousse et échancré. La paroi abdominale, quoique grasse, est assez souple pour qu'on puisse prendre entre les doigts la rate très mobile et indolente.

Le foie dont la limite supérieure à la percussion est normale, déborde les fausses côtes de quatre travers de doigts, rebord moins tranchant qu'à l'état normal, consistance dure ; extrêmement mobile, indolent (tous les organes abdominaux sont d'ailleurs ptosés).

Au cœur et aux poumons, rien à signaler, sauf un léger emphysème pulmonaire ; aux yeux, un arc sénile prononcé ; la vue n'a pas baissé ; les glandes lacrymales sont grosses.

Gorge. — Les amygdales sont énormes, elles touchent la luette, le malade a une voix nasonnée.

Douleur osseuse dans le fémur droit, rapportée par le malade à l'accident mentionné précédemment. Pas de troubles digestifs ; pas de diarrhée.

Peau. — Quatre efflorescences :

1. A la face antérieure de la cuisse gauche un arc de cercle qui représente le tiers de la circonférence d'une pièce de cinq francs large de 4 à 5 millimètres, rouge ou rose-pâle le bord antérieur plus coloré que le bord inférieur, couleur plus accentuée autour des poils qui sont conservés ; pas de desquamation même au grattage, pas de saillie appréciable à la palpation ; la pression fait disparaître la rougeur. Pas de prurit.

2. A la face interne du mollet droit, lésion présentant les mêmes caractères, mais formant un cercle presque complet ; le centre paraît constitué par de la peau saine.

3. A la main gauche, sur la face dorsale, placard d'un diamètre de 3 à 4 centimètres. à bords irréguliers, de couleur rouge cuivre, mais tranchant mal sur la peau très pigmentée de la main. Le centre paraît aussi lésé que les bords. Pas de pigmentation, pas de prurit.

4. A la main droite, sur le bord interne de la tabatière anatomique, placard ovalaire de un centimètre de diamètre, fortement surélevé, couleur rouge cuivre, mat, bords nets. Pas de desquamation, ni de prurit. Le malade qui n'y a point pris garde, rapporte cette lésion à une brûlure, hypothétique du reste. La rougeur s'efface un peu à la pression.

Examen du sang. — Le malade sait depuis longtemps qu'il saigne beaucoup à la moindre blessure. Le sang pris par ponction veineuse, se coagule en une demi-heure. Globules rouges : 4.500.000 ; globules blancs : 40.300 ; lymphocytes : 80 ; mono-

nucleaires moyens : 5 ; polynucleaires neutrophiles : 15 ; polynucleaires éosinophiles : 0. La réaction de Wassermann est fortement positives.

Nous n'avons aucune donnée sur l'évolution antérieure des lésions : le malade en ignorait l'existence et nous les avons constatées il y a cinq jours seulement.

Le 13 juillet il ne persistait plus qu'une tâche jaunâtre, ecchymotique ponctuée de points rouge sombre, au niveau du placard de la cuisse. Cette disparition spontanée, rapide, suivie d'ecchymose n'est point le fait d'une lésion syphilitique.

GROUPE 5. — OBSERVATION DE MM. J. MARGAROT,

P. RIMBAUD et J. ROCHE de MONTPELLIER

Cette très intéressante observation de leucémie à cellules primordiales, dont les accidents cutanés ont regressé, constitue à elle seule un groupe à part.

V... Thomas, âgé de 12 ans, ne paraît avoir aucun antécédent pathologique : deux sœurs et quatre frères sont normaux ; une sœur est atteinte de paraplégie, reliquat d'une poliomyélite ; sa mère a eu deux fausses couches.

Jusqu'au mois de mai 1934, le jeune V... était en excellente santé, lorsqu'ont apparu sur les membres inférieurs quelques bulles purulentes ; ces lésions ont persisté jusqu'à la fin du mois d'août durant cette première période l'enfant aurait légèrement maigri et les parents auraient constaté l'existence de quelques accès fébriles. Dans les premiers jours de septembre se développe une érythrodermie qui nécessite son hospitalisation le 12 octobre 1934. A l'examen, on note une rougeur universelle, non infiltrée, recouverte de squames furfuracées, très sèches. Bien que généralisée, elle respecte à peu près les mains. Sur les bras existent de nombreux intervalles de peau saine, sur la tête on remarque quelques petites surfaces déglabrées, reliquat probable de foyers suppuratifs antérieurs. Ces lésions sont très prurigineuses, on trouve de nombreux indices d'un grattage intense ; excoriations linéaires, papules de prurigo, bandes de lichénification.

Les ganglions rétro-auriculaires, sus épitrochléens, inguinaux, présentent une hypertrophie modérée. Leur volume moyen est celui d'un gros pois. Ils sont mobiles et indolents. La rate est percutable. Le malade est apyrétique. Son état général est satisfaisant. Le taux de l'urée sanguine est de 0,25. Les diverses réactions sérologiques sont négatives (Hecht-Bauer, Bordet-Wassermann, Meiniche, Kahn, Miler-Besredka). On pense à une érythrodermie « seconde » consécutive aux lésions suppurées des membres inférieurs. C'est alors que la recherche de la formule sanguine pratiquée systématiquement, comme il est de règle dans toute érythrodermie, donne un

hémogramme qui est de toute évidence celui d'une leucémie aigüe. On trouve 34.500 leucocytes dont 91 o/o de cellules primordiales. Les jours suivants (du 15 au 25 octobre) l'érythrodermie pâlit, mais apparaît alors, sur le tronc, un piqueté rouge ne s'atténuant pas à la pression, en rapport avec de multiples foyers hémorragiques punctiformes. Sur les fesses et aux plis du coude, des lésions identiques prennent la forme d'un lacin rouge d'apparence ecchymotique ; leur nature purpurique ne fait aucun doute. Le temps de saignement est de 4 minutes, et la coagulation se fait en 10 minutes. Le nombre de globules blancs s'est élevé à 84.000 dont 92 o/o de cellules primordiales. Le nombre des hémotoblastes est de 2.000 (voir tableau ci-joint). Un épisode nouveau se dessine. Les amygdales augmentent rapidement de volume ; celle de gauche présente un petit placard ecchymotique, tandis que l'amygdale droite est couverte de fausses membranes grisâtres. Des fuliginosités apparaissent sur les gencives, masquant de petites érosions. Ces lésions s'accompagnent d'une adénopathie sous-maxillaire bilatérale ; elles entraînent une dysphagie importante et provoquent même des crises dyspnéiques nocturnes. La température normale jusqu'à ce moment, s'élève. Elle oscille pendant une dizaine de jours entre 38° et 39°5. Par leur morphologie, les ulcérations amygdaliennes (bien que bilatérales), rappellent un peu l'angine de Vincent ; un prélèvement décèle la présence de spirilles ; l'ensemencement ne donne que des cultures de staphylocoques. On donne au malade du chlorure de calcium, on lui fait des injections de septicémine et de pyoformine. Dix jours après son début, l'épisode est pratiquement terminé (30 octobre environ). Les manifestations cutanées se sont peu modifiées. L'érythrodermie a complètement disparu, mais le piqueté hémorragique persiste, atténué sur le tronc, plus intense sur les cuisses. Le nombre de globules blancs qui s'était élevé à 136 000, tombe brutalement à 66.000 le 5 novembre. Durant la 2^e semaine de novembre, apparaissent deux nouveaux incidents. D'une part, une adénite suppurée de l'aine gauche qui nécessitera une incision ; d'autre part, une épistaxis extrêmement abondante. Celle-ci en grande partie déglutie, simule une hématomèse. On évalue à un litre la quantité de sang ainsi rejeté. On augmente les doses de chlorure de calcium, on prescrit de l'hémostyl, et on pratique une transfusion sanguine (150), on fait un tamponnement des fosses nasales.

La température qui s'est anormalement élevée, baisse rapidement après l'évacuation de la collection purulente de l'aine. Progressivement, la polyadénopathie s'accroît ; dans l'aiselle gauche, l'augmentation de volume d'un ganglion va jusqu'à une ulcération de la peau ; il disparaîtra d'ailleurs quelques jours après en même temps que se développeront d'autres adénopathies. A noter toutefois, l'absence de tout état infectieux général, la santé de l'enfant est relativement bonne. Les

globules blancs oscillant entre 72.000 et 120.000, on fait un essai prudent d'une thérapeutique par le benzol (cinq gouttes par jour). Durant la 2^e quinzaine de novembre, la tendance hémorragique de l'affection s'accroît. En plusieurs points, les éléments purpuriques deviennent turgescents et sont le siège d'une exsudation suivie de production de croûtes sanglantes.

Une hématurie, d'abord microscopique, fait son apparition ; elle augmente rapidement et persiste environ une semaine. Des phlyctènes sanglantes se montrent sur les lèvres qui se tuméfient et se recouvrent de croûtes brunâtres. Une nouvelle transfusion sanguine, amène une amélioration passagère.

Durant le mois de décembre, l'état général s'altère progressivement, aucune hémorragie importante ne se déclare, mais de multiples lésions cutanées ou muqueuses se développent : bulles purulentes sur les joues et les doigts, ulcérations provoquées par des ganglions superficiels, ulcérations gingivales. Toutes ces lésions offrent un caractère hémorragique.

Les symptômes coïncident toutefois avec une amélioration apparente de la formule sanguine. Les globules blancs, ont été ramenés à 28.000 puis à 15.000 ; la proportion des cellules primordiales oscille entre 70 et 79. La malade est à ce moment-là apyrétique. L'élévation thermique ne se manifestera que dans les deux dernières semaines de la maladie, (38°5 à 40°).

Au début de janvier 1935, les lésions hémorragiques buccales s'accroissent. Il se produit des hématomes sur le plancher de la bouche et sur l'amygdale. Le 19 janvier, à la suite de violentes douleurs abdominales, le malade expulse une quantité considérable de sang rouge dans les selles. La palpation de l'abdomen est très douloureuse, et elle révèle l'existence d'un cæcum augmenté de volume et relativement dur. Le surlendemain une nouvelle hémorragie intestinale se produit qui résiste à toute thérapeutique. Le petit malade succombe le 21 janvier. L'autopsie est pratiquée le 22 janvier à 17 heures. On note l'existence d'une volumineuse phlyctène à contenu séreux, rosé, au niveau des deux épineuses iliaques antéro-supérieures. L'ouverture de l'abdomen provoque l'évacuation d'une ascite de couleur rosée évaluée à plusieurs litres. Le foie est hypertrophié, mou, de couleur pâle, brun, avec par places sur les faces supérieure et inférieure du lobe gauche, des taches ecchymotiques, à la coupe, le tissu est granuleux, friable, de couleur chocolat. Le cæcum apparaît distendu, de teinte violacée, avec des marbrures rouges, qui se continuent sur 5 à 6 centimètres du côlon ascendant ; sa consistance est très dure. La partie du mésentère qui s'insère sur cette zone, est également hémorragique. Le reste du gros intestin et le grêle ne présentent aucune anomalie. La section du cæcum, révèle la présence de sang dans sa cavité. En outre, les parois sont considérablement hypertrophiées (1 à 2 cent. d'épaisseur) ; on note de gros ganglions mésentériques de la grosseur d'un petit pois. La rate, de cou-

leur violet-foncé est hypertrophiée ; son volume n'atteint pas cependant le double du volume normal, sa consistance est très molle, et à la coupe, son tissu est à la fois granuleux et diffus.

Les reins ont un aspect et un volume normaux. A la coupe, les calices sont violacés ; dans la zone corticale il existe de nombreuses taches purpuriques.

Les poumons présentent sur leur surface de nombreuses bulles d'emphysème. Il n'y a pas d'hypertrophie des ganglions médiastinaux.

Le péricarde est le siège d'un épanchement séreux et rosé, analogue à celui qui existait dans le péritoine. Il peut être évalué à un verre (100 c).

Examen microscopique pratiqué par M. GUIBERT.

Fragment du foie. — L'architecture du parenchyme est bien conservée ; on remarque surtout l'infiltration diffuse des vaisseaux sanguins intertrabéculaires par des globules blancs mononucléaires : lymphoblastes, grands mononucléaires, macrocytes, au niveau des espaces de Kiernan, les éléments inflammatoires sont très nombreux, et parmi eux se trouvent quelques polynucléaires. Les cellules hépatiques présentent des signes de dégénérescence granulo-graisseuse, peu accentuée du reste. Il s'agit en somme de lésions d'hépatite subaiguë à mononucléose prédominante.

Poumons. — On trouve des foyers disséminés de broncho-pneumonie et paraissant en certains endroits, évoluer vers un processus d'alvéolite catarrhale.

Intestin. — Les altérations consistent essentiellement en un œdème hémorragique avec processus nécrobiotique de toutes les couches de la paroi intestinale. Les ganglions mésentériques n'offrent aucun signe d'inflammation spécifique, mais seulement un processus important de congestion capsulaire.

Rate. — Le parenchyme splénique présente un certain degré d'hyperplasie de la pulpe blanche, sans signe histologique spécifique. Aucun des organes examinés ne présente des signes histologiques d'inflammation spécifique. Les faits essentiels de l'observation se dégagent facilement :

1° — Quelles que soient l'atypie du tableau clinique et les variations quantitatives des globules rouges et des globules blancs, le diagnostic de leucémie aigüe ne peut faire aucun doute puisque le taux des cellules primordiales a toujours oscillé entre 70 et 96 %, à l'exclusion de toutes autres formes anormales.

2° — L'évolution du syndrome doit le faire classer parmi les formes de marche lente qui ont été décrites sous le nom de « leucémie embryonnaire subaigüe ». On a pu se demander en pareil cas, s'il ne s'agissait pas de la transformation d'une leucémie myéloïde en une leucémie aigüe à cellules primordiales

ainsi que semblaient l'indiquer les observations déjà anciennes de Klicueberger, de Rist, de Henri Lecler, de Steffer, de Laiquel-Lavasterie et Prévost.

DI GUICHELMO et MACCIOTTA, assignent aux formes subaigües une durée qui n'excéderait pas deux mois, des éléments leucocytaires divers s'associeraient aux cellules reticulo-endothéliales dans le sang circulant. Dans notre cas, les leucocytes primordiaux ont atteint la proportion de 81 à 96 % ; il s'agit d'une leucémie d'un type pur, ayant présenté dès le début cette caractéristique hématologique et dont cependant la durée n'a pas été inférieure à 8 mois.

3° — S'il est classique d'admettre que toutes les variétés de leucémie peuvent s'accompagner de déterminations cutanées, celles-ci sont loin d'être habituelles dans la leucémie aigüe. A dire vrai, nous n'en avons trouvé aucun exemple dans les diverses observations que nous avons dépouillées, en dehors bien entendu des accident purpuriques. Il est particulièrement singulier de voir le début de cette grave affection se faire par une dermite bulleuse des jambes, suivie d'une érythrodermie évoluant pendant plusieurs mois en dehors de tout phénomène général, de toute hémorragie, et de toute localisation buccopharyngée.

4° — Les épisodes cliniques les plus graves ont consisté en poussées inflammatoires ayant pour point de départ les divers amas de tissu lymphoïde ; ce sont d'abord des amygdales qui augmentent rapidement de volume, s'ulcèrent, et simulent une angine pseudo-membraneuse. Viennent ensuite des hypertrophies ganglionnaires avec distension énorme des régions correspondantes ; une des adénopathies parvient même au stade des suppuration et nécessite une intervention chirurgicale ; d'autres, adhérent à la peau et font saillie à l'extérieur après effraction du revêtement cutané. Il nous paraît intéressant de signaler que nous avons observé des manifestations identiques dans un cas de lymphadénie aleucémique dont nous avons rapporté l'histoire. Nous ne saurions tirer de ces divers faits une conclusion générale touchant la leucémie aigüe. Nous nous bornons à constater une fois de plus combien certaines affections hématiques trouvent difficilement leur place dans le cadre des schémas habituels. Nous ne pouvons d'autre part, manquer de souligner l'importance pratique des exanthèmes prurigineux dans le diagnostic des leucémies, ainsi que la nécessité de pratiquer systématiquement des examens hématologiques au cours des syndromes cutanées dont l'apparence est la plus banale.

GROUPE 6

Nous rangerons dans ce cadre douteux ces deux observations :

1. OBSERVATION DE SPIETOFF. — O. M., 50 ans, aubergiste. Jusque-là sain et indemne de syphilis. Depuis 9 mois, la peau du visage et des mains est rouge et prurigineuse ; le cou, la nuque et la poitrine ont été ensuite pris. Bon état général.

31 janvier 1906. La peau est d'une coloration rouge cinabre diffuse qui se résout à la périphérie en petites macules. Mêmes nodules lichénoïdes aux cuisses.

Leucocytes	6.936
Polynucléaires neutrophiles	65.8
Polynucléaires éosinophiles	6.7
Mastzellen	1.20
Lymphocytes	14
Grands mononucléaires et formes de transition	13

24 mars 1906. Quelques ganglions disséminés.

25 mai 1906. — La rougeur du visage a un peu pâli : ailleurs elle ne persiste que par ilots, au lieu d'être diffuse. Les ganglions ont grossi au cou du côté gauche, et dans le pli inguinal. Leucocytes 5.876, tuméfaction parasternale gauche (8^e côté), douleurs intenses dans la jambe gauche.

19 juillet 1906. L'érythrodermie persiste au visage et aux mains, a presque disparu au coude où elle est remplacée par des placards eczémateux squameux. La tumeur parasternale augmente, tumeur de l'os iliaque droit.

Erythrocytes	2 millions 1/2
Globules blancs	7.432

Pas d'albumine, ni d'albumosurie.

La malade sorti en septembre est mort de cachexie au bout d'un an et demi. Pas d'examen histologique.

2. ERYTHRODERMIE AVEC CELLULES MONSTRUEUSES DANS LE SÉRUM ET LE SANG CIRCULANT. SEZARY, HOROWITZ ET MASCHAS. — Erythrodermie datant de deux ans, s'accompagnant de forte infiltration des téguments, de prurit, d'hypertrophie ganglionnaire, sans splénomégalie. La peau est le siège d'un infiltrat formé en grande majorité de cellules à protoplasma très réduit, à un noyau volumineux et irrégulier. Ces mêmes cellules se rencontrent dans le sang circulant dont elles forment environ 1/5 des éléments nucléés. Elles n'appartiennent pas à la lignée sanguine et paraissent d'origine mésenchymateuse. Les auteurs considèrent cette affection comme un paramycosis.

CRITIQUE DES OBSERVATIONS

Etiologie

D'après les 21 Observations que nous avons relevées dans la littérature, l'érythrodermie leucémique se voit toujours chez l'adulte, sauf dans l'observation de MARGAROT, où nous la voyons frapper une enfant de 12 ans.

Dans la forme à type d'érythrodermie généralisée, ce sont les sujets âgés qui prédominent : dans nos observations, quatre ont plus de 60 ans ; un a 49 ans ; une seule observation chez une femme de 30 ans.

Dans les autres formes, l'âge est en général moins élevé, les deux sexes se rencontrent en nombre sensiblement égal.

Ces remarques appellent une réserve, c'est qu'elles portent sur un nombre de cas trop peu élevé pour représenter une certitude.

Erythrodermie leucémique et syphilis

Dans un certain nombre d'observations la réaction de WASSERMANN est signalée : Elle est positive dans quatre cas ; négative dans deux cas ; elle n'est pas signalée dans les autres observations.

Cependant on remarque qu'elle est surtout positive dans le groupe des érythrodermies généralisées avec parakératose donc particulièrement fréquente chez les anciens syphilitiques.

(Il faut remarquer que la réaction de B-W peut être

positive dans certains états pathologiques en dehors de toute syphilis).

Il est à noter que dans un certain nombre de cas l'érythrodermie généralisée est apparue après un traitement anti-syphilitique.

Symptomatologie

a) *Phénomènes cutanés.* — Dans la forme généralisée, dans la plupart des observations, l'érythrodermie d'abord limitée à certains segments du corps, a diffusé progressivement ; dans les autres formes (formes avec nodules associés), l'érythrodermie a pu suivre ou précéder l'apparition des nodules cutanés.

Le prurit se retrouve dans toutes les observations du groupe I et du groupe II. Il a fait défaut dans les observations de HEINRICH A., NANTA et WASSERMANN.

Dans l'ensemble, il s'observe cependant dans presque tous les cas. Pour GATTWINKEL la localisation primitive à la peau de la leucémie lymphoïde, sans participation des organes internes est une grande rareté. La peau doit être considérée comme un organe réactionnel spécial et comme telle peut être le point de départ d'une leucémie lymphoïde.

L'érythrodermie traduisant une leucémie lymphoïde cutanée peut être considérée comme une réaction de défense spéciale de la peau contre l'agent nocif inconnu de l'érythrodermie.

b) *Hématologie.* — Dans toutes ces observations d'érythrodermie leucémique, qu'elle que soit la forme clinique, sauf une, il s'agit d'une leucémie lymphoïde.

Une question intéressante à discuter est celle de la précession des accidents pathologiques ou des accidents cutanés.

Dans les observations de NICOLAU, RIEHL, KAPOSI, HEINRICH, NANTA, GATE, DESMONTS et nous même, les

accidents cutanés ont précédé la leucémie ; dans les autres observations, la leucémie a été constatée à l'occasion de l'examen complet fait chez le malade en présence des accidents cutanés.

Nous n'avons pas relevé d'observation où la leucémie ait été constatée avant l'apparition de l'érythrodermie. Il semble donc que les signes sanguins ne précèdent pas, mais au contraire suivent les accidents cutanés, d'où :

1° — Stade de leucémie cutanée.

2° — Stade de leucémie généralisée.

Dans ces diverses observations, il s'agit toujours de formes leucémiques c'est-à-dire avec augmentation du nombre des leucocytes tantôt modérée (observation de MARGAROT : 79.200 globules blancs) ; tantôt très forte (observation de KAPOSI : 125.000 globules blancs ; de GATE : 204.000 globules blancs).

Dans aucun cas, il ne s'est agi de formes avec bouleversement de la formule leucocytaire sans hyper-leucocytose et nous n'avons pas trouvé de forme agranulocytaire de l'érythrodermie leucémique.

c) Les adénopathies et la splénomégalie sont la règle surtout dans les formes de l'érythrodermie généralisée.

Evolution

L'évolution de l'érythrodermie leucémique est absolument caractéristique : pendant une première période, ce sont les accidents cutanés qui dominant le tableau clinique : souvent à ce stade ils n'ont pas encore pris leur symptomatologie caractéristique, et on pourra faire une confusion avec un czéma, une érythrodermie exfoliatrice.

Cette période peut durer plusieurs mois et même quelques années.

A un deuxième stade, la leucémie apparaît, l'éruption s'étend, l'adénopathie augmente de volume, et l'évolu-

tion se fait en quelques mois vers le grand syndrome terminal d'insuffisance médullaire, par invasion de la moelle osseuse par les cellules lymphoïdes, avec l'anémie aplastique rapidement progressive avec leucocytose et neutropénie de plus en plus accentuée, diminution du nombre des plaquettes sanguines et syndrome hémorragique.

L'évolution est signalée dans neuf observations :

Mort au bout de 47 jours dans l'observation de YAMASAKI ; deux mois dans celle d'AGUINET et RIBADEAU-DUMAS ; trois mois dans celle de NANTA ; quatre mois et demi dans le cas de WASSERMAN ; huit mois dans les observations de MARGAROT et KAPOSI.

Seulement trois observations indiquant une évolution ayant dépassé un an ; celles de RIEHL : 1 an 1 mois ; de NICOLAU : 1 an 4 mois ; et SPIETOFF : 2 ans et quelques mois.

On voit ainsi que le pronostic est fatal à échéance plus ou moins brève.

Les limites du cadre de l'érythrodermie leucémique sont nettement tranchées par rapport aux autres accidents cutanés des leucémies. Seule la très intéressante observation de MARGAROT constitue un groupe à part à cause des signes cutanés.

Diagnostic

Il faut savoir penser à l'érythrodermie leucémique et demander une formule leucocytaire en présence d'un eczéma atypique.

L'érythrodermie leucémique ne doit pas être confondue avec les autres érythrodermies infectieuses ou toxiques (érythrodermie vésiculo-oedémateuse post-arsénobenzolique ou post-aurothérapique), ni avec le pytiriasis rubra ; elle doit être différenciée des autres accidents cutanés des leucémies : nodules cutanés, masses tumo-

rales cutanées, infiltrations dermiques à contours limités.

Enfin, il reste à l'heure actuelle à préciser dans quelle mesure le mycosis fongoïde doit être considéré comme une leucémie cutanée.

Les caractères cliniques et anatomopathologiques, s'ils permettent de classer le mycosis fongoïde dans le groupe des hématodermies, en font cependant une classe à part qui doit être différenciée des leucémies cutanées.

Elle doit être séparée du pré-mycosis fongoïde. Si le mycosis fongoïde avec ses éléments caractéristiques en œuf de pigeon, ne saurait être confondu avec l'érythrodermie leucémique, le pré-mycosis fongoïde a une symptomatologie en bien des points semblables : érythrodermie squameuse souvent moins généralisée, mais d'évolution de type différent.

Dans le pré-mycosis fongoïde, on voit ultérieurement se développer le mycosis fongoïde.

Dans l'érythrodermie leucémique, c'est l'évolution d'une leucémie lymphoïde sanguine,

L'étude anatomo-pathologique permet de retrouver l'hyperplasie lymphoïde ganglionnaire et splénique, puis médullaire caractéristique de la leucémie lymphoïde, mais en plus, la biopsie cutanée montrerait une infiltration lymphoïde de la peau.

Traitement

La radiothérapie constitue le traitement classique ; dans tous les cas elle donne une amélioration temporaire des signes cutanés, mais n'a pas empêché l'évolution rapidement fatale.

L'observation de DESMONTS a été particulièrement intéressante en raison des essais de traitement par la vitamine D₂ qui semble avoir permis d'arrêter l'évolution de l'érythrodermie, mais n'a pas permis d'obtenir la

guérison des adénopathies, au point de vue hématologique on note la persistance d'un état subleucémique.

La radiothérapie instituée avait échoué : le 10 avril 1947, ce malade avait encore 58.000 leucocyte par mm³.

Si pendant le traitement par la vitamine D₂ les accidents cutanés se sont améliorés, la formule leucocytaire, elle, s'est aggravée, et en plein traitement on a vu la généralisation du processus leucémique avec augmentation de volume des adénopathies et atteinte de nouveaux groupes ganglionnaires.

Le recul du temps ne permet pas encore de juger s'il s'agit simplement d'une simple coïncidence ou si l'amélioration est bien due au traitement par la vitamine D₂.

D'autre part, un fait frappant c'est la facilité avec laquelle le malade a pu supporter des doses considérables de vitamine D₂ (3 gr. 50 en un an) ; en outre, l'étude détaillée de l'observation nous montre que les trois éléments du diagnostic : signes cutanés ; adénopathies, signes hématologiques, n'ont pas une réaction parallèle, mais que la peau est améliorée et que l'hyperkératose régresse sous l'action d'un traitement prolongé par la vitamine D₂ à forte dose ; alors que sous l'influence de l'hyper-vitaminose D₂ le malade a fait une véritable poussée leucémique avec hyperleucocyte, augmentation du pourcentage des mononucléaires.

CONCLUSION

L'érythrodermie leucémique caractérisée par l'association des signes cutanés, ganglionnaires et sanguins, constitue une entité clinique bien à part dans le cadre des leucémies. Dans tous les cas, sauf une observation de leucoblastose, elle se voit chez des malades atteints de leucémie lymphoïde.

Les signes cutanés formes hyperkératosiques diffuses, ou formes nodulaires diffuses, sont bien différents des nodules cutanés de la leucémie myéloïde.

L'érythrodermie précède souvent la leucémie. Son évolution est particulièrement sévère à partir du moment où sont apparus les signes sanguins, moins d'un an en général.

Les traitements classiques par la radiothérapie ne donnent qu'une sédation temporaire ; il est donc intéressant de poursuivre les études thérapeutiques avec la vitamine D₂ qui, sans qu'on puisse se prononcer d'une façon formelle, semble influencer favorablement l'évolution de l'érythrodermie leucémique.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAMOWITZ. — Leukemie cutis (*archiv. of. dermat.* N° 12. p. 594, 1925).
- AGUINET ET RIBADEAU-DUMAS. — Leucémie aigue et lésions cutanées (*arch. gen. med.* N° 2, P. 1928, 1005).
- ALMKVIST J. and ARTZ L. — Two cases of. skin manifestations in leukanie affections (*Brisish J. Dermat.* 36, p. 428, 1924).
- BERTACCINI G. — Contributo allo studio delle manifestazioni cutanea nelle leucémia linfoïde cronica (*Giornale Italia Ve, er. pelle*, 62, p. 489, 1921).
- BOARDMANN William P. — Lymphatic leukémia of. the skin with universal enfoliatnig erythroderma (*archiv. of dermat.* 18, p. 86, 1928).
- BODE H. G. — Sur la radiothérapie totale dans les leucémies et le mycosis fongoïde. *Dermatologische Wochenschrift* T. 103 N° 40, 3 oct. 1936.
- Bulletin de la Société Française de dermatologie. — Réunion dermatologique de Strasbourg séance du 9 mai 1937 p. 124 à propos des manifestations cutanées des leucémies.
- CASSAR & TAPIE. — Sur une érythrodermie leucémique (*annales dermat.* 1917. P. 114).
- COTTINI GB Minerva medica, Turin 1938. — Aspects actuels du problème des érythrodermies.
- DESMONTS TH. — Erythrodermie et leucémie lymphoïde Paris Médical p. 59 ; sang 1948, p 125 (*Journées internationales d'hématologie*).
- FIDENZA E. P., PICENA J. P. & DECOUD A. C. — Considérations sur un cas de leucémie lymphogène aigüe avec manifestations cutanées peu abondantes et rares. *Revista urugnaya de dermatologia y sifilographia* ; années 3 N° 10 - 2^e trimestre 1938 P. 244.
- MM. GATE J. & GUILLERET P. (*Lyon*). — A propos des manifestations cutanées de leucémie. *Presse médicale* 1937 P. 1170.
- GATTWINKEL. — Leucémie de la peau et érythrodermie (*Leukamie der naut und erythrodermie*). *Archiv. für dermatologie und Syphilis* volu 175 - fasc. 5, 15 mai 1937.

- MM. GATE J. MICHEL ET THEVENON J. A. — Erythrodermie leucémique Bulletin de la Société Française de dermato et syphigraphie (séance du 17 nov. 1932).
- KEIM HARTHER. — Universal leukamie cutis (archiv. of. dermato 10 P. 579, 1924).
- KUENY ET PETROVITSCH. — Erythrodermie exfoliante chez un leucémique traité par la radiothérapie profonde (bulletin de la Société Française de dermato. 33 - P. 273 - 1926).
- LAPOWSKI. — Dermatitis exfoliativa (lymphathie leucémie) arch. of dermat, 10 P. 100 1924.
- MARGAROT J., RIMBAUD P. RAVOIRE J. DELMAS A., & SOUCHON H. — Un cas de leucémie lymphoïde chez le vieillard début par une érythrodermie squameuse. Montpellier médical 1942, P. 488.
- MARGAROT J., RIMBAUD P. & ROCHE J. de MONTPELLIER. — Erythrodermie constituant la manifestation clinique initiale, et pendant quelque temps, exclusive, d'une leucémie à éléments primordiaux et d'évolution subaigue.
- NANTA. — Thèse Toulouse 1912.
- NANTA A. — Etude des lymphodermies et des myélodermies (anuales dermato. 3, P. 572, 639. 1912).
- Les lymphodermies (J. Med. Français 11 P. 432).
- Importance des exanthèmes cutanés dans le diagnostic des états leucémiques et aleucémiques (presse méd. N° 36, 1913).
- Nouveau traité de dermatologie (Tome VIII P. 617). — Erythrodermie leucémique.
- ORMSBY. — Leukamia cutis (général érythroderma) arch. od dermato 13 - P. 551 1926.
- PIERINI L. E. & DECO P. (leucemia miloide con manifestaciones cutaneas). — Revista argentina de dermato sifilologia. T. 22 1^{re} partie 1938 P. 41 Buenos-Aires.
- SCHAUMANN Gorgen (de Stokholm). — Manifestations cutanées dans un cas lymphadénie leucémique. Eruptions prurigineuses provoquées par la radiothérapie de la rate. 1916 1917 P. 120.
- SEQUEIRA J. H. ET PANTHON P. M. — A case of erythrodermia with lymphocytosis (Brit J. Dermato. 33, P. 378 - 1921).
- THEODORESCO. — Sur un cas d'érythrodermie leucémique (Bulletin Soc. Roumanie dermat. I. P. 62 - 1929)
- WEIL Emile P. — Maladies du sang et des organes hématopoiétiques.
- WHILE. — Leukemia cutis (archives of dermatology 8 P. 876 - 1923).
- YAMAZAKI J. et NAKANO I. — Ein Beitrag zu den Leukämischen Hauterkrankungen (contribution à l'étude des maladies cutanées leucémiques) Japan Journal dermat. T. 46 - N° 4 20 oct. 1939 - P. 79 - 94.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
CHAPITRE I. — DÉFINITION ; HISTORIQUE	12
CHAPITRE II. — SYMPTOMES	13
a) <i>Signes cutanés</i>	
b) <i>Adénopathies</i>	
c) <i>Caractères hématologiques</i>	
CHAPITRE III. — FORMES CLINIQUES	14
CHAPITRE IV. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE	15
a) <i>Infiltration cellulaire</i>	
b) <i>Tissu conjonctif</i>	
c) <i>Epiderme</i>	
CHAPITRE V. — TRAITEMENT DES ERYTHRODERMIES LEUCÉMIQUES	17
CHAPITRE VI. — OBSERVATIONS	18
<i>Groupe 1. — Erythrodermies gé-</i> <i>néralisées avec hyperkeratose</i>	
<i>Groupe 2. — Erythrodermies suin-</i> <i>tantes eczématiformes</i>	
<i>Groupe 3. — Erythrodermie perni-</i> <i>cieuse de Kaposi</i>	

*Groupe 4. — Erythrodermies en
plaques psoriasiformes*

*Groupe 5. — Observation de MM.
J. Margarot, P. Rimbaud et J.
Roche de Montpellier*

*Groupe 6. — Observation de Spietoff.
Observation de Sezary, Horowitz
et Maschas*

CHAPITRE VII. — CRITIQUE DES OBSERVATIONS . . . 43

a) *Etiologie*

b) *Erythrodermie leucémique et
Syphilis*

c) *Symptomatologie*

d) *Evolution*

e) *Diagnostic*

f) *Traitement*

CONCLUSION 49

BIBLIOGRAPHIE 51

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

**Contribution à l'étude
de l'erythrodermie leucémique**

par Jacques PÉRICH

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 3 Juin 1948.

Le Professeur,
MARGAROT.

Vu :

Montpellier, le 4 Juin 1948.

Le Doyen,
G. GIRAUD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 6 Juin 1948.

Le Recteur,
GUILLON,

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises
dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées
comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni appro-
bation ni improbation.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
